



**COMMENT ARRIVE-T-ON À DÉGAGER
DES MEILLEURES PRATIQUES DANS LE
DOMAINE DES DÉPENDANCES?**

**MEILLEURES PRATIQUES
INGRÉDIENTS? RECETTES?
CUISTOTS? RESTAURANTS?**

Joël Tremblay, Ph.D., UQTR

Karine Bertrand, Ph.D., U. Sherbrooke

4 février 2010

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE: DIFFÉRENTS PROCESSUS ET DÉFINITIONS

- 1^{er} constat: courant largement répandu en Amérique du Nord...
 - ACRDQ
 - Santé Canada
 - CCLAT
 - SAMHSA
 - NIDA
 - NIAAA
 - Addiction Technology Transfer Center Network (ATTC)
 - Et de multiples articles scientifiques

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 2ème constat: complexité des processus pour développer de tels guides et recommandations
 - Exemple du SAMHSA, définitions de plusieurs sous-concepts:
 - 1-Evidence-Based Practice
 - 2-Evidence-Based Thinking
 - 3-Evidence
 - 4-Expert Opinion
 - 5-Consensus Opinion
 - 6- Strength of Evidence

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 2ème constat: complexité des processus pour développer de tels guides et recommandations
 - De multiples sources pour les appuyer (ATTC):
 - Essais cliniques randomisés multiples
 - « Consensus reviews » (multidisciplinarité)
 - Opinions d'experts basés sur leurs observations cliniques
 - Santé Canada suggère aussi les « focus groups » pour documenter l'expertise de la clientèle elle-même
 - Les recensions... au-delà des essais contrôlés

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 2ème constat: complexité (suite)
 - Exemple de Santé Canada en 2006 (femmes et services d'approche), emphase sur le « terrain »:
« des lignes directrices **nouvelles**, recueillies à partir du **point de vue** des **experts clés** et de groupes de discussion composés de **clientes**, appuyées par des **documents** et portant sur les approches et les éléments du traitement **qui semblent donner de bons résultats**. Selon cette définition, les meilleures pratiques sont des **recommandations qui pourraient évoluer**, selon **l'expérience continue des experts clés**, leur bon sens, leur point de vue et les **recherches continues** »

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 2ème constat: complexité (suite)
 - **Revue scientifique, concept « basé sur des données probantes », emphase sur la recherche:**
 - « Interventions appuyées par des évidences scientifiques qui **prouvent l'atteinte des objectifs visés** »
(Durham et al., 2009, An overview of evidence-based practices implementing science based interventions in practical settings, Trad. Libre)
 - « Approches qui ont démontré leur efficacité à travers des **études rigoureusement menées et répétées** »
(Lundgren et al, 2005, Evidence-based drug treatment practice and the child welfare system: the example of methadone. Social Work, 50(1) 53-64)

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 2ème constat: complexité (suite)
 - **Deux définitions possibles de la toxicomanie en tant que:**
 - **Trouble transitoire**
 - Une « meilleure pratique » sera identifiée en fonction de sa capacité à permettre le rétablissement, la disparition du trouble, après un épisode circonscrit de traitement
 - **Trouble chronique**
 - Une « meilleure pratique » sera identifiée en fonction de sa capacité à maintenir le meilleur bien-être et fonctionnement de la personne en présence continue du trouble. Modèles d'intervention continue, sur des années, voire à vie...
 - Stabilisation de la condition et non rémission du trouble
 - **Définition du succès thérapeutique**

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 3ème constat: Notre démarche en cours avec l'ACRDQ...bilan critique
 - Ce qui a été retenu comme composantes de la définition
 - A) Multiplicité des sources pour documenter le développement de meilleures pratiques
 - Groupe d'experts en toxicomanie ACRDQ: leadership
 - Mène, analyse et interprète les *focus groups* auprès de cliniciens + coordonateurs en toxicomanie
 - Recensions des écrits par un groupe de chercheurs, incluant les guides, les revues, les essais contrôlés, les études en milieu naturel, les études qualitatives, etc.... Avec la notion de poids de la « preuve»

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 3ème constat: Notre démarche en cours avec l'ACRDQ...bilan critique
 - Ce qui a été retenu comme composantes de la définition
 - B) Autres mesures pour prendre en compte la complexité
 - La notion de « Evidenced-Based Thinking » (SAMHSA)...intégrée à la formulation des recommandations
 - Attention particulière portée aux mécanismes de changement, i.e. aux ingrédients de succès thérapeutique
 - Attention particulière portée aux meilleures pratiques organisationnelles et des autres ingrédients permettant de favoriser l'implantation des meilleures pratiques dans les CRD

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

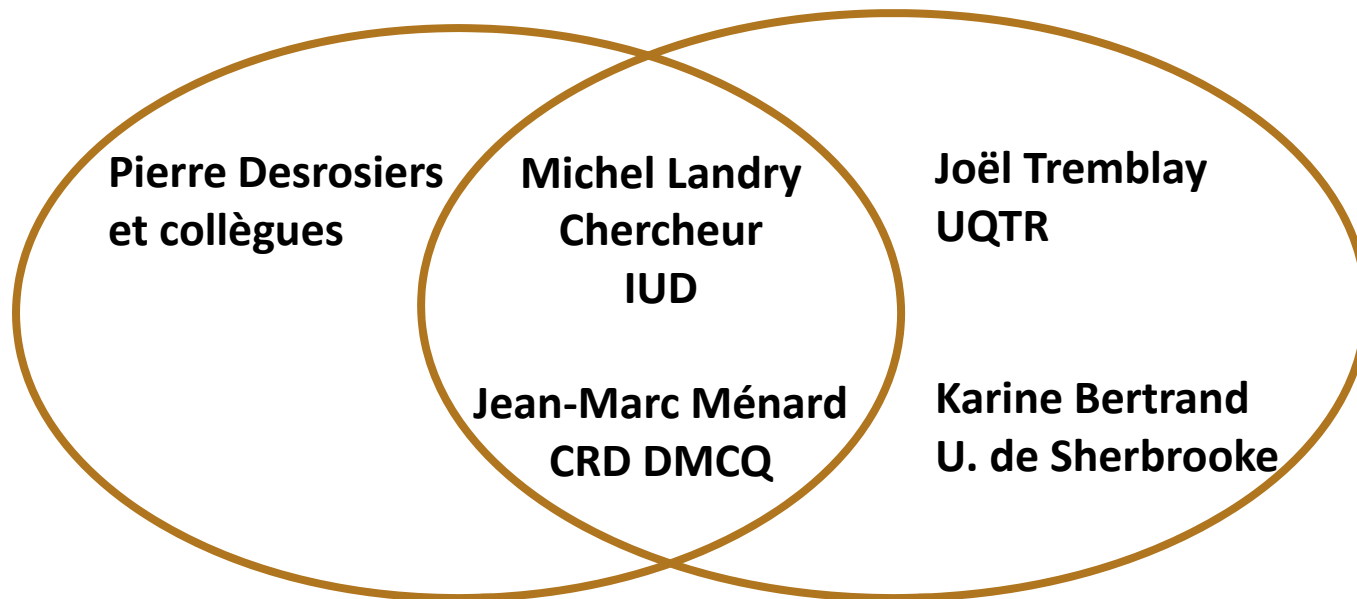
- 3ème constat: Notre démarche en cours avec l'ACRDQ...bilan critique
 - Ce qui a été retenu comme composantes en termes de processus... i.e. des forces selon nous
 - C) Dialogue continu entre les chercheurs et le groupe d'expert
 - Influences croisées
 - Deux types de recommandations:
 - A) Découlant de la littérature
 - B) Découlant de l'analyse de la littérature X analyse des besoins et des réalités locales X point de vue d'experts en toxicomanie
- Exercice de pragmatisme, de priorisation et de validation « culturelle », i.e. adaptation des constats découlant d'une littérature essentiellement américaines au contexte d'intervention et d'organisation des services au Québec

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- Illustration du processus actuel du développement du guide de l'ACRDQ

**Groupe expert de l'ACRDQ:
Intervenants et coordonnateurs**

Groupe expert de chercheurs de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)



Présence continue de P. Desrosiers et al. (groupe d'experts) aux groupes de travail des chercheurs

-Étapes d'échange entre les 2 groupes:

- *Recommandations finales des chercheurs (découlant de la recension)
- *Élaboration des recommandations finales du groupe expert de l'ACRDQ (tenant compte de la recension, du contexte québécois et de l'expertise terrain)

DÉFINIR DES MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE (SUITE)

- 3ème constat: Notre démarche en cours avec l'ACRDQ...bilan critique
 - Réflexion auto-critique... quelques limites
 - Point de vue des usagers? Qui cibler selon quels critères... Complexité: genre, milieu rural, semi-urbain ou urbain, abus ou dépendance, type de substances, déjà en traitement ou non, etc., etc.
 - Qui est la personne « toxicomane » régulière?... Vs exclusion ou survol très rapide des besoins spécifiques des sous-clientèle... jeu de poupées russes...
 - Multidisciplinarité? Pourquoi réinventer la roue dans chaque domaine? Place élargie à l'innovation? Challenge des consensus: idées reçues ou véritable consensus cliniques?

The left side of the slide features a decorative vertical bar with a grid pattern, a solid orange vertical line, and a thin orange vertical line. Below these are several orange circles of varying sizes, with the number 13 inside one of them.

UN EXEMPLE: LES RÔLES DES MEMBRES DE L'ENTOURAGE

13

PÉRIODE PRÉ-TRAITEMENT

- Concerne les membres de l'entourage des toxicomanes non volontaires à entrer en traitement, bref... la majorité
 - Historiquement, deux philosophies d'intervention se sont affrontées (Intervention versus Al-Anon)
 - AL-ANON: Intervenir auprès du membre de l'entourage en vue de soulager sa détresse psychologique et améliorer son bien-être.
 - JOHNSON INTERVENTION: Intervenir avec le membre de l'entourage en vue d'avoir un impact sur le toxicomane..HARD... TV...
 - Apprend qu'il n'est pas nécessaire d'attendre que le patient atteigne « le fond du baril »

PÉRIODE PRÉ-TRAITEMENT

- Les études récentes...
 - Via études contrôlées de comparaison Al-Anon, Johnson Institute Intervention et CRAFT
 - Que les deux cibles peuvent être concomitantes
 - Qu'il n'est pas nécessaire et probablement faux de dire au patient qu'il n'a pas de « pouvoir » sur le toxicomane... puisque CRAFT démontre que le membre de l'entourage a un impact (mais aussi « Pressure to Change » de Barber, « Unilateral Therapy » de Thomas)
 - Qu'il n'est pas nécessaire, la plupart du temps, d'utiliser une confrontation de groupe de type « Hard »...
 - Exceptions? : les centres de traitement des personnes traumatisées d'accident de la route ou d'accidents divers survenus sous l'influence des SPA.

PÉRIODE PRÉ-TRAITEMENT

- Limites de CRAFT
 - On ne sait pas vraiment si on a les mêmes impacts auprès de conjoints / parents ou autres types de liens
 - Pas suffisamment de suivis longitudinaux
 - Pas suffisamment d'études sur les ingrédients associés à un meilleur impact

PÉRIODE DE TRAITEMENT

- Intervention conjugale
 - Plusieurs études illustrent que l'ajout de la thérapie conjugale comportementale à une intervention individuelle ou de groupe
 - Est plus efficace que l'intervention individuelle ou de groupe (Kelly et al., 2002)
 - Pour le même nombre d'heures de traitement (Fals-Stewart et al, 2005)
 - Quant aux indicateurs suivants (Powers et al., 2008; Méta-analyse) :
 - Diminution de la consommation de SPA
 - Amélioration de la satisfaction conjugale

PÉRIODE DE TRAITEMENT

- Plusieurs études illustrent que l'ajout de la thérapie conjugale comportementale à une intervention individuelle ou de groupe (suite)
 - Pour de nombreux groupes les groupes:
 - Hommes alcooliques (McCrary et al, 1999)
 - Homme toxicomanes (Epstein et al, 2007)
 - Femmes alcooliques (Fals-Stewart et al, 2006)
 - Femmes toxicomanes (Winters et al, 2002)
 - Hommes alcooliques ou toxicomanes avec ou sans PTSD (Rotunda et al., 2008)
 - Hommes ou femmes homosexuels dépendants à l'alcool (Fals-Stewart, 2009)

PÉRIODE DE TRAITEMENT

○ Intervention conjugale

- Certaines limites quant à l'efficacité de cette intervention reliée à la satisfaction conjugale de conjointes dont le partenaire abuse de drogues. On voit même une détérioration du plaisir à être en couple chez une portion des conjointes de toxicomanes ($\cong 40\%$)
- On note effet secondaire intéressant de cette intervention: la réduction des problèmes de santé mentale chez les enfants
- Nécessité de prolonger l'intervention conjugale
 - Si sévérité trop élevée à l'admission: prolongation jusqu'à une année post-traitement en intensifiant les rencontres conjugales sous le vocable « Activités de prévention de la rechute »
 - Si détresse conjugale élevée, attentes d'efficacité personnelles faibles (McKay et al., 1993).

PÉRIODE DE TRAITEMENT

- Intervention conjugale
 - Mais on ne sait pas si la TCC (thérapie conjugale comportementale) est plus efficace que d'autres thérapies conjugales
 - Ces autres modèles d'intervention conjugale qui apparaissent prometteurs n'ont jamais été appliqués à l'abus de SPA
 - Emotionnally Focused Couples therapy (Jonhson & Greenman, 2006; Johson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999)
 - Thérapie conjugale orientée sur la prise de conscience (Snyder, Wills, & Grady-Fletcher, 1991)
 - Les modèles systémiques pourtant très populaires auprès des cliniciens
 - Et très peu d'études, tous domaines confondus, permettent la comparaison de l'efficacité de deux modèles d'intervention conjugale

POURTANT, MANQUE FLAGRANT DE DISSÉMINATION

- Intervention conjugale comportementale en abus de SPA
- Fals-Stewart et Birchler (2001) via une enquête dans 398 centres externes de traitement de la toxicomanie (sélection au hasard), aux É.-U.
 - 27% utilise un type d'intervention conjugale
 - 5% utilise une thérapie conjugale de type comportementale
 - Aucun n'utilise la thérapie conjugale comportementale développée depuis trois décennies par O'Farrell et Fals-Stewart
 - La plupart ne connaissent même pas les travaux de O'Farrell , Fals-Stewart et autres

INDIGNATION DES CHERCHEURS

- La communauté scientifique sait très bien que « les interventions efficaces pour abus de SPA (e.g., traitements cognitifs comportementaux, interventions impliquant la famille) sont rarement utilisés dans les centres de traitement alors que certaines des approches les plus inefficaces (e.g., psychoéducation, confrontation) sont communément utilisées et sont considérées comme le traitement standard. Même si les chercheurs ont méticuleusement développé, raffiné, manualisé, vérifié empiriquement et démontré l'efficacité de nouvelles interventions concernant l'alcoolisme et l'abus de drogues par des études contrôlées avec soin, ces traitements, pour la plupart, ramassent la poussière au sein de tours académiques » (Fals-Stewart & Logsdon, 2004, p. 177)
- Amertume...
- Affirmation que ce que les gens font n'est pas valable...

INDIGNATION DES CHERCHEURS

- Pourtant, les chercheurs affirment avoir fait ce qu'il faut:
 - Publier leurs travaux régulièrement
 - Mener des ateliers de formation
 - Présenter leurs travaux aux niveaux local, régional, national et international dans les congrès.

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

- Ont entraîné durant des années des cliniciens de 5 centres de traitement où ce sont déroulées leurs études randomisées.
- Les cliniciens en question ont traité des centaines de couples et les structures de services étaient organisées en fonction de cela.
- Les auteurs ont changé de région pour motifs professionnels.
- Enquête qualitative après 3 à 5 années d'absence
- Dans 4 des 5 centres, cessation juste après départ des chercheurs
- Dans 1 centre, le modèle a fleuri
- Les auteurs notent 4 types d'embûches / adjuvants

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

1. Accueil / choix du patient / suggestion du centre

- 4 des 5 centres laissent le patient choisir via une offre, à l'entrevue d'admission (individuel / groupe et aussi entrevues conjugales)
 - Réactions typiques
 - « Je ne la veux pas ici »
 - « Ma femme et le thérapeute vont se monter contre moi »
 - « Je ne veux pas qu'elle viennent parce qu'après cela, je ne sais pas ce qu'elle va dire dans mon dos »
 - Donc peur / réticences / refus d'impliquer conjoint(e)
- Expérience similaire avec CRUV et CRAT-CA où nous avons mené projet exploratoire d'intervention conjugale en jeu pathologique

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

1. Accueil / choix du patient / suggestion du centre

- 1 des 5 centres a comme politique
 - de « fortement suggérer » que les entrevues d'accueil soient faites en couple.
 - Les thérapeutes doivent plutôt justifier leurs choix lorsqu'ils ne font pas ces entrevues d'accueil en couple
- Le processus d'accueil comporte 2 rencontres individuelles avec la personne abusant de SPA et 2 rencontres conjugales. Après, le traitement conjugal est offert.
- 80% des gens faisant une demande d'aide et vivant en couple participent finalement au traitement conjugal.

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

2. Intervenants

- Fort roulement du personnel
 - Trois ans plus tard, il ne restait plus personne qui avait été entraîné à ce modèle thérapeutique, aucun cadre ne connaissait l'approche de même que pour les superviseurs. On redémarre à zéro.
 - « Je n'ai jamais entendu parlé de ce modèle d'intervention »
- Perte des critères de sélection
 - On offre la TCC seulement aux couples en détresse maritale sévère
 - On oublie que la TCC ne vise pas uniquement la réduction de la détresse conjugale mais vise à réduire la consommation de SPA via la relation conjugale
 - Donc, la TCC ne fonctionnait plus puisque seuls les couples en détresse extrême étaient référés à ce service. Découragement des intervenants.

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

2. Intervenants

- Centre où TCC est poursuivie
 - Stabilité du personnel toujours présent après 5 années
 - Conviction du personnel que la TCC fonctionne
 - Intervenants ont du plaisir (« Cela change ma routine des rencontres individuelles ou de groupe »)
 - Politique de systématiquement entraîner les nouveaux employés à la TCC.

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

3. Superviseurs

- Roulement du personnel existe également auprès des superviseurs
 - Certains sont convaincus que la dépendance aux SPA est une problématique individuelle devant être traitée individuellement. Les interventions relationnelles viendront après que l'abus de SPA aura été stabilisé
- Dans les centres la TCC a été poursuivie, les superviseurs estiment:
 - Que la TCC est efficace
 - Qu'elle permet un meilleur taux de présence

EXEMPLE DE TENTATIVE D'IMPLANTATION

(FALS-STEWART, 2004)

4. Administrateurs

- Difficultés à être remboursé pour intervention conjugale (É.-U.).
- Au Québec, expérimentation jeu pathologique
 - La question n'est pas monétaire
 - Mais de rentabilité en terme d'organisation des plages horaires et des disponibilités des thérapeutes
 - Difficultés liés au modèle où des thérapeutes différents pour rencontres individuelles versus conjugales
 - Intérêt à trouver des modèles adaptés aux aspects organisationnels (e.g., McCrady et Epstein)

DIFFUSION ET APPLICATION DES MEILLEURES PRATIQUES: LE GRAND DÉFI!


OBSTACLES IDENTIFIÉS

- Accès aux données probantes, ressources financières et supervision cliniques souvent peu accessibles (Carise et al., 2009)
 - Importance d'outiller les milieux, notamment en leur fournissant une « boîte à outils » (Carise et al., 2009)
- Pas de définition commune de certains termes, comme celui de « prévention » et de « traitement » (Brochu et al., 2006)
 - La question des rôles et des mandats, de l'organisation de services
- L'état de situation des services en toxicomanie souvent peu documentée au Canada et en Europe (CCLAT, 2005; Union Européenne (UE), 2008)
- Littérature sur les données probantes: largement USA (UE, 2008)



DIFFUSION ET APPLICATION DES MEILLEURES PRATIQUES: LE GRAND DÉFI!

OBSTACLES IDENTIFIÉS

- Au Canada, pas de structure de type *Addiction Technology Transfer centers* (ATTC) (CCLAT, 2005)
 - Plusieurs études ont porté sur les perceptions des cliniciens (Dinis et al., 2009)
 - Difficulté à convaincre les praticiens de changer leurs pratiques? (Durham et al., 2009)
 - Choix des cliniciens quant au traitement à offrir: connaissance des interventions validées, leurs croyances, mais aussi la disponibilité géographique et économique de certains traitements (Dinis et al., 2009)
 - Peu d'études sur l'implantation en tant que telle de « meilleures pratiques » en toxicomanie, la recherche en étant à ses premiers balbutiements en ce domaine (Garner et al., 2009)
- 

DIFFUSION ET APPLICATION DES MEILLEURES PRATIQUES: LE GRAND DÉFI!

Exemple de stratégies utilisées en Amérique du Nord

- NIDA-SAMHSA: *Blending Initiative* (www.drugabuse.gov/blending/):
 - Mission clé de l'initiative: Accélérer la dissémination des approches basées sur des données probantes dans la pratique dans la communauté.
 - Buts: Favoriser le transfert de la recherche dans la pratique et incorporer des rétroactions bidirectionnelles de la part de plusieurs organisations du domaine de traitement de la toxicomanie
 - Stratégies:
 - 1) Conférence: résultats scientifiques novateurs co-présentés par des équipes de chercheurs et de cliniciens;
 - 2) *Blending teams*: Chercheurs du NIDA, cliniciens en toxicomanie, superviseurs du SAMHSA'S ATTC network qui développent des *produits* découlants des recherches du NIDA (manuels d'intervention et de supervision, guides de formation, etc.)





ASPECT SYSTÉMIQUE DES MEILLEURES PRATIQUES

34

Ingrédients

Accessibilité
Vite / accueillant / simple
Reaching-out

Évaluation
Sphères / portion du Tx / MI / Alliance

Hiérarchie des cibles
Liens PI/PSI

Appariement

Modalités de traitement

Chefs

Facteurs communs:
-Thérapeute
- Client
- Relation

Efficacité des traitements

Durée / intensité et continuité

Recettes

Les approches les plus efficaces

- MI
- Cogn. / comp.
- CRA
- Prév. rechute
- Inclusion entour.

À documenter

- Gr. Entraide / 12 ét.
- Cté thér.
- Mixes pharm. / psy.

Restaurants

Organisationnel
Climat / ratio / intégration réseau services / Développement compétences

INGRÉDIENT? RECETTE? CHEF?

- Malgré que tous mange le même mets, les saveurs / textures et goûts ne seront jamais les mêmes d'un restaurant à l'autre
 - Les ingrédients ont changé
 - Les recettes, même si elles sont standardisées, on des variations locales
 - Les chefs sont différents
 - L'atmosphère, la formation des employés et l'esprit de travail de chaque restaurant varie et procure une sensation différente au client
- Normaliser ne veut pas dire tout le monde fait pareil
- Délais nécessaires au changement (laisser mijoter la sauce)
- Adopter une approche motivationnelle

- Meilleure pratique inclut une notion de dynamisme
 - Se rappeler que la « vérité » est issue de plusieurs sources, tant des modèles de type « Meilleure pratique » que de l'expérience clinique
 - Le clinicien fait partie de l'expertise puisqu'il doit exercer son jugement, les situations cliniques étant en mouvance.
 - Les établissements font également partie de l'expertise, puisqu'ils doivent exercer leur jugement.